UNIVERSITÉ DE PARIS VII
FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

Année 1972 N° 129

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Richard SION
Né le 2 Avril 1947 à Tunis
Interne des Hôpitaux

Présentée et soutenue publiquement le

LA MALADIE DE LEDDERHOSE A PROPOS DE 15 CAS OBSERVÉS A LA CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE DE LARIBOISIÈRE

Président de Thèse : Monsieur Stanislas de SEZE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS 6e
1972

UNIVERSITÉ DE PARIS VII
FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

Année 1972 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Richard SION
Né le 2 Avril 1947 à Tunis
Interne des Hôpitaux

Présentée et soutenue publiquement le

LA MALADIE DE LEDDERHOSE A PROPOS DE 15 CAS OBSERVÉS A LA CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE DE LARIBOISIÈRE

Président de Thèse : Monsieur Stanislas de SEZE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS 6e
1972

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes chers Parents,

En très affectueux hommage pour leurs encouragements et leur soutien incessants au cours de mes études.

A mon Epouse,

A mes Frères et Soeur,

A tous les Miens.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552727_0034

A Monsieur le Professeur Stanislas de SEZE,

Médecin des Hôpitaux,
Professeur à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie Nationale de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse,

Qu'il veuille bien trouver ici témoignage respectueux d'un de ses élèves, pour son enseignement de la Rhumatologie à l'Hôpital Lariboisière.

A Monsieur le Docteur André HERRAULT,

Qui m'a fait faire mes premiers pas en Pédiatrie,
dans son Service de l'Hôpital Hérold,

En souvenir de mon hommage respectueux.

Au Docteur Jacques SOLNICA,

Qui m'a appris à aimer la Rhumatologie
par ses conseils et son enseignement,

En souvenir amical et respectueux.

A Monsieur le Professeur Agrégé M.F. KAHN,

Médecin des Hôpitaux,

Avec toute ma gratitude

Je lui dois le sujet de cette thèse

Il a su guider mon travail, l'enrichir de ses recherches, de ses idées, et en dégager tout l'intérêt.

A Monsieur le Professeur Stanislas de SEZE,

A Monsieur le Professeur Agrégé M-Francis KAHN,

A Monsieur le Docteur A. DENIS,

A Madame le Docteur Nina DEBEYRE,

A Monsieur le Docteur Cl. GUERIN,

A Monsieur le Docteur J.B. PAOLOGGI,

Qui ont bien voulu m'autoriser à publier leurs observations personnelles.

A mes Maîtres de Chirurgie et de Médecine des Hôpitaux de Paris,

Monsieur le Docteur Jacques MIALARET,

Monsieur le Professeur Raymond HOUDART,

Monsieur le Professeur Stanislas de SEZE,

Monsieur le Docteur André HERRAULT,

Monsieur le Professeur Michel GAULTIER,

En témoignage de reconnaissance pour leur enseignement.

A mes Amis,

Monsieur le Docteur Robert ELBAZ,

Monsieur le Docteur J-Louis BENSAID,

Monsieur le Docteur Jacques LASCAR,

A tous mes Amis,

A tous Ceux que j'aime.

LA MALADIE DE LEDDERHOSE - A PROPOS DE 15 CAS

(Aponévrosite plantaire)

-:-

INTRODUCTION

-:-

Le développement de la Rhumatologie et la reconnaissance de la podologie en tant que spécialité médicale rappelle l'intérêt que présente la maladie de Ledderhose sur le double point de vue pathologie du pied et rhumatisme para-articulaire.

Son début le plus souvent insidieux et son caractère latent font que cette atteinte passe le plus souvent sous silence et BEARD en 1900 décrivait à ce sujet (in 26) :

"Il est vrai que les malformations du pied sont moins bien souvent remarquées et moins souvent décrites que celles de la main ; au membre supérieur, la plus petite anomalie anatomique est une gène lourde pour les fonctions si délicates, si variées et si précises de la main. Au pied les malformations doivent être plus marquées pour que les fonctions en soient compromises".

Néanmoins elle tire tout son intérêt de deux faits : Equivalent au pied de la maladie de Dupuytren elle peut se rencontrer associée à d'autres manifestations cliniques de l'hyperplasie du tissu conjonctif (Maladie de La Peyronie, coussinets des phalanges, fibrose pulmonaire, fibrose médiastinale etc...) posant le problème d'un terrain particulier propice à l'éclosion et au développement (à la faveur de facteurs extérieurs), du tissu fibreux. Rentrant alors dans le cadre d'une polyfibromatose posant ainsi le problème très controversé de son étiopathogénie, une meilleure connaissance actuelle des transmissions génétiques, des études statistiques plus développées et mieux conduites permettent semble-t-il d'approcher de plus près les responsabilités étiologiques de la maladie de Ledderhose.

Sa connaissance doit par ailleurs éviter des erreurs de diagnostic lourdes de conséquences. Aux Etats-Unis plusieurs maladies de Ledderhose ont été amputées à tort sur la foi d'un diagnostic erroné de fibrosarcome, constamment bénin le pronostic s'oppose à une mutilation aussi grave qu'injustifiée.

-:-

HISTORIQUE

-:-

Entrevue par DUPUYTREN, GERDY, JACCOUD, NOBLE et SMITH, MADELUNG, SOUZALUTE, FRANKE, elle a été individualisée par LEDDERHOSE d'abord en 1894 à propos de deux cas post-traumatique puis surtout en 1897 dans une Etude qui comprenait 50 observations.

Elle a fait l'objet de nombreuses recherches notamment aux Etats-Unis, en particulier les observations d'AUVRAY et de ROUILLARD et SCHWOB, la publication de LUND (1941) qui enrichit la littérature de 25 cas. Ses relations avec la maladie de Dupuytren sont envisagées dans la monographie de SKOOG (1948) et dans le rapport de JAMES et TUBIANA (1952).

En 1951 J.W. PICKREN, A.G. SMITH, T.W. STEWENSON et A.T. STOUT publient , à l'occasion de 16 observations nouvelles une revue des cas qu'ils ont retrouvés dans la littérature.

En 1952 J. LELIEVRE lui consacre un chapitre de son recueil "Pathologie du pied".

-:-

Nous rapportons à présent 15 observations de malades venus consulter, au Centre Viggo Petersen, les médecins de la Clinique rhumatologique de l'Hôpital Lariboisière.

OBSERVATIONS

-:-

OBSERVATION n°1 - Pr Ag. KAHN

LEG ... J.Louis

Malade de 63 ans, employé de Banque, consulte le 21 octobre 1968 pour lombalgie et maladie de Dupuytren bilatérale avec début de flexion des 4e et 5e doigt de la main droite.

Dans les antécédents on note un ulcère de l'estomac opéré en 1958.

Examen :

- Rachis lombaire sensible dans les positions externe
- 3 nodules palmaires bilatéraux au niveau du 5e doigt et 2 au 4e doigt avec début de flexion au côté droit.
- Existence d'1 nodule plantaire sur le bord interne des 2 côtés sans aucune gène fonctionnelle
- Radiologiquement, banale ostéo phytose lombaire à type de bec de Perroquet
  - calcifications importantes le long des trajets artériels pouvant être à l'origine des sciatalgies.

- Sur le plan thérapeutique

- Il y a eu 10 infiltrations au niveau des mains associées à des séances d'hyperextension qui ont très sensiblement augmenté l'amplitude des mouvements.

- par ailleurs traitement vasculaire.

OBSERVATION n°2 - (Dr DENIS)

BOU ... Georges - Malade de 42 ans, Rédacteur, consulte le 3 septembre 1966 pour plantalgies gauche remontant à 1 an et exacerbées par la marche.

A l'examen on note l'existence d'un nodule au niveau de la tête du 1er métatarsien gauche mobile avec le tendon fléchisseur du I.

- Hallux flexum des 2 côtés
- petit pied creux bilatéral
- pas d'atteinte palmaire par ailleurs.

Thérapeutique :

2 infiltrations de Corticoïdes ont eu raison de cette douleur.

Evolution ultérieure : pas de rechute.

Au total : localisation un peu atypique d'une maladie de Ledderhose gauche.

°

OBSERVATION n°3 - Dr. N. DEBEYRE

CHA ... Michel, malade de 33 ans, professeur, consulte en janvier 1964 pour rétractions tendineuses d'une maladie de Dupuytren remontant à l'âge de 13 ans antérieurement déjà opérée.

A gauche : - résection nodulaire en 1957
- puis greffe en 1961 devant l'importance de la rétraction.

A droite : atteinte parallèle mais plus modérée.

Dans les antécédents on note la notion d'une maladie de Dupuytren bilatérale chez un oncle.

L'examen note :
l'existence d'une atteinte palmaire bilatérale avec importante rétraction des 3 derniers doigts de chaque main et l'existence de nombreux nodules tendineux.

Nodosités plantaires bilatérales indolentes actuellement.

Traitement et Evolution -

10 infiltrations Corticoïdes ont été faites, mais sans résultats malgré l'association aux séances d'hyperextension des doigts.

o

OBSERVATION n°4 - Pr Ag. KAHN

PAR ... Yves, malade de 61 ans, Agent de change, consulte le 24 janvier 1968 à la suite de la découverte d'une tuméfaction en regard du tendon fléchisseur du 4e doigt droit, sans signe fonctionnel.

Antécédents : 2 Cousins sont atteints d'une maladie de Dupuytren bilatérale.

Examen :

- Maladie de Ledderhose bilatérale latérale avec 1 nodule de 1 cm de diamètre sur le bord plantaire interne.

- Maladie de Dupuytren au stade I avec 3 nodules sur le tendon fléchisseur du 4e doigt droit et un début de flexion de ce doigt.

- Coussinets au niveau des interphalangiennes proximales droites.

Traitement et Evolution

2 infiltrations corticoïdes associées à un peu de rééducation ont eu raison de cette petite flexion.

°

OBSERVATION n°5 - (Dr DENIS)

PAC... André, malade de 67 ans, Directeur de société, consulte le 4 septembre 1970 pour plantalgies rebelles aux antalgiques habituels ; l'existence d'une maladie de Dupuytren bilatérale et de La Peyronie rendait d'emblée le diagnostic de maladie de Ledderhose fort probable.

Mais l'examen notait que les douleurs étaient des métatarsalgies avec irradiation de type névralgique dans les 3e et 4e doigts très localisées avec un point de départ très précis.

- Hyperesthésie discrète à la piqûre dans les orteils intéressés orientant vers le diagnostic de métatarsalgies de Morton ou névrome plantaire localisé dans le 3e espace des deux côtés.

Thérapeutique

- 4 infiltrations Corticoïdes ont fait disparaître toutes les douleurs.

- Une exérèse chirurgicale ne sera proposée qu'en cas de récidive rebelle.

Au total, cette observation est intéressante car le névrome plantaire est une fibrose à double polarité péri-artérielle et névritique pouvant entrer dans le cadre de polyfibromatose.

OBSERVATION n°6 - Dr PAOLOGGI

DUP ... Raymond - malade de 43 ans, Employé SNCF, consulte le 2 mai 1966 pour douleur plantaire gauche évoluant depuis plusieurs années et pour lesquelles on a évoqué puis infirmé le diagnostic de typhus goutteux, de xanthome tendineux.

Antécédents :

- Diabète gras avec glycémie à 1,30 g
- Obésité 85 kg pour 1,60 m

Examen :

- Existence de 3 petits nodules de la taille d'un petit pois sur le bord interne de l'aponévrose plantaire G non mobilisables avec les tendons fléchisseurs des orteils.

- Petit nodule sur le tendon fléchisseur du Ve doigt D et G. et très petite induration palmaire.

- Au point de vue Biologique - VS - 3-8
  NFS - normales.

Thérapeutique

- Régime amaigrissant et ménagement du membre inférieur gauche.

- pas d'infiltrations Corticoïdes de proposées du fait de son diabète

- en cas de gène importante ablation chirurgicale.

°

OBSERVATION n°7 - (Dr DENIS)

GOD... Lea - Malade âgée de 50 ans, vendeuse, consulte le 6 mai 1963 pour talalgie gauche entravant considérablement cette patiente dans son travail.

- Antécédents : RAS

- Examen

. Accentuation très importante du cavus des deux pieds entraînant une tension importante de l'aponévrose plantaire

. Existence d'un épaississement nodulaire sur le bord interne de la plante gauche, peu douloureux.

. Par ailleurs épicondylite gauche.

Biologie :

Radios Pieds face et profil RAS
V.S., glycémie, normales, Latex Waalerhose normales.

Thérapeutique et Evolution

- Infiltrations locales de Corticoïdes au niveau du coude G et de la plante

- Pose d'une semelle orthopédique afin de soulager l'arche interne

- Massokinéthérapie afin d'assouplir son avant-pied gauche.

Ce qui a entraîné une très nette atténuation de la symptomatologie fonctionnelle mais le risque de récidive demeure du fait de la profession.

°

OBSERVATION n°8 (Dr GUERIN)

LEM ... Marguerite, malade âgée de 58 ans, ouvrière à domicile, consulte le 23 mai 1963 pour polyarthralgies remontant à 10 ans et résistantes aux anti-inflammatoires majeurs donnés en ville.

Examen -

- Polyarthrose touchant essentiellement les doigts et les orteils avec de nombreuses nodosités d'Ueberden.

- Syndrome du canal carpien droit avec des acroparesthésies de la main droite.

- Maladie de Dupuytren bilatérale avec nodules sur les fléchisseurs des 4e et 5e doigts.

- Maladie de Ledderhose gauche avec ténosynovite du fléchisseur au I gauche et douleur à la pression des métatarses phalangiennes gauches.

Antécédents

Travailleuse manuelle depuis 30 ans.

Examens complémentaires

- Latex et Waaler Rose -
- Radios : . importante ostéoporose rachidienne
  . mains et pieds normaux.

Thérapeutique et Evolution

- Antalgiques oraux
- Infiltrations Corticoïdes locaux au niveau du canal carpien droit, des 2 paumes et de la plante gauche.
- Androgènes, Calcium et Phosphore pour son ostéoporose.

Après 7 infiltrations le traitement local a été arrêté du fait de son inefficacité. En cas d'aggravation et de gène importante une exérèse chirurgicale sera proposée au malade.

o

OBSERVATION n°9 - (Pr Ag KAHN)

JM... Claude, Malade de 38 ans, Gardien, consulte le 18 mai 1967 pour douleur à la partie externe du talon droit remontant à 3 mois accentuée par la station debout.

Antécédents :

Père obèse se plaignait de talalgies droites.

Examen :

- 105 kg pour 1,82 m
- pied creux à droite
- douleur d'apophysite d'insertion
- pas de nodule ni d'induration de l'aponévrose plantaire droite.

Examens complémentaires

- VS 5/12
- Uricémie et glycémie normales
- Radiologiquement :
  - pieds - Epine calcanéenne bilatérale
  - sacro iliaques normales éliminant ainsi une spondylarthrite ankylosante.

Thérapeutique et Evolution

4 infiltrations Corticoïdes locales après anesthésie du nerf plantaire postérieur ont eu raison des douleurs associées au port d'une talonnette et un régime amaigrissant.

o

OBSERVATION n°10 - Dr DENIS

MEL ... Adevis, malade de 65 ans, Gardien, consulte en juillet 1964 pour talalgie gauche.

- L'examen notait :
• un empâtement modéré et une douleur au niveau de l'insertion aponévrotique gauche sans nodule palpable
• pieds plats bilatéraux
- maladie de Dupuytren au niveau de la main G.

Radiologiquement : - pieds normaux

Traitement et Evolution

- Port d'une semelle orthopédique qui a eu pour effet de soulager transitoirement le malade.

Novembre 1964 :
Nouvelle poussée douloureuse mais l'examen notait alors un nodule sur le bord interne de l'aponévrose plantaire G.

3 infiltrations corticoïdes ont nettement atténué les douleurs.

Juillet 1967 :
Après 3 ans d'accalmie, nouvelle poussée douloureuse. L'examen ne notait aucun changement : présence d'un seul nodule très douloureux à la pression.

- Des infiltrations locales ont été faites après anesthésie du nerf tibial postérieur : et ont entraîné une nette amélioration.

o

OBSERVATION n°11 - Pr Ag. KAHN

YOL... Catherine, malade de 24 ans, Dactylo, consulte en juin 1968 pour plantalgies bilatérales remontant à une année et nettement aggravées depuis 3 mois.

Antécédents :
- Duodénite
- Sujet très neurotonique.

Examen :

- Rachis légèrement enraidi.
- Douleurs bilatérales au niveau des talons sans signes inflammatoires locaux.
- Nodule plantaire gauche indoleur sur le bord interne de l'aponévrose de la taille d'une petite cerise.
- Pieds creux bilatéraux.

Biologiquement :

V.S. 3/8, Latex et Waaler Rose négatifs, AS 150 U.

Radiologiquement :

Pieds face profil normaux.

Thérapeutique et Evolution

- Port d'une talonnette
- 3 infiltrations plantaires
- et des sédatifs nerveux ont complètement fait disparaître les douleurs.

°

OBSERVATION n°12 - Pr Ag. KAHN

SER ... ROger, malade de 45 ans, Graveur, consulte le 16 novembre 1967 pour rachialgies basses pour lesquelles le doute n'a pu être levé entre pelvispondylite mineure (radios douteuses à droite sans syndesmophyte) et épisodes de lombalgies discales à répétition (bilan biologique, V.S., électrophorèse normale).

Par ailleurs : - Latex Waaler Rose négatif
- Uricémie 32 mg°/oo

Antécédents :

Psoriasis familiale.

Examen -

Présence d'un nodule de 5 mm de diamètre sur le bord interne de l'aponévrose plantaire droite, indolent

- Maladie de Dupuytren bilatérale sans tendance à la flexion des doigts.

- Psoriasis sur la partie antérieure du thorax.

Thérapeutique et Evolution

- Antalgiques et surveillance clinique et radiologique des lombalgies.

- Infiltration et séance d'extension forcée en cas de tendance à la rétraction tendineuse.

°

OBSERVATION n°13 - Pr Ag KAHN

LLO ... Marie - Malade de 49 ans, consulte en mars 1968 pour plantalgie droite et douleur malléolaire externe droite consécutive à une entorse datant de janvier 1967.

Antécédents :

Céphalées fréquentes, eczéma des membres.

Examen :

- La mobilité des chevilles est normale.
- Point douloureux à la partie antérieure et médiane du talon droit.
- Sensibilité au niveau de la malléole externe droite.

Radiologiquement on note :

. 3 calcifications tendineuses à la face postérieure du calcanéum, sous cuboidienne, et tête tibiale.

. L'absence d'atteinte des sacro iliaques.

Thérapeutique et Evolution

3 infiltrations plantaires associées à 6 séances de rééducation du pied ont nettement atténué les douleurs.

°

OBSERVATION n°14 - Pr S. De SEZE

BAI ... Claude, malade de 26 ans, Etudiante, consulte le 8 octobre 1970 pour séquelle de fracture de jambe spiroïde datant de mars 1970, plâtrée pendant 6 mois.

Examen :

- Oedème important du membre inférieur droit avec raideur très importante du genou.

- Induration et nodule fibreux au nombre de 2 sur le bord interne de l'aponévrose plantaire droite.

Radiologiquement :

Calcifications mouchetées signant une algoneurodystrophie décalcifiante du membre inférieur.

Biologiquement : - Hypercalciurie 400 mg/24 h
- Hypocalcémie 93 mg/l
- Hypophosphorémie 17 mg/l

Antécédents : RAS

Thérapeutique et Evolution :

La maladie de Ledderhose étant latente, le traitement consista dans un apport important phospho calcique associé à la vitamine D et au anabolisant parallèlement à une kinéthérapie très intensive.

OBSERVATION n°15 - Pr Ag. KAHN

TOP ... Violette, malade de 45 ans, consulte le 23 mai 1967 pour nodules sur la face d'extension des doigts, douloureux, apparus depuis 3 ans avec une uricémie à 80 mg/l découverte fortuitement, mais ne ressemblant pas à des tophi. goutteux.

Par ailleurs on lui avait trouvé 5 années auparavant quelques adénopathies dont la preuve étiologique n'a pu être faite.

- Antécédents : - Hystérectomie totale
  - Epithélium baso cellulaire au niveau de l'oeil droit.

- Examen : - nodosités d'Heberden et de Bouchard
  - associées à des coussinets au niveau des interphalangiennes proximales
  - Hallux rigidus et valgus des 2 côtés
  - signe de Tinnel positif à droite
  - importante adénopathie axillaire droite.

Au point de vue examen complémentaire :

- V.S. 20-40, Uricémie 80 mg/l, radios normales.
- Latex Waaler Rose négatif

Afin de préciser la nature de ces coussinets une biopsie est faite et le résultat en est histiocyto fibrome avec absence de cristaux d'urates.

Le 13.7.71

- douleur très importante au niveau des pieds et l'examen note un hallux rigidus imposant une sanction chirurgicale.

- par ailleurs apparition d'une induration plantaire gauche indolente

mise à la Piasclédine et Rumalon.

- se plaint aussi du coude, de l'épaule

Revoit le Pr KAHN en consultation le 11.7.72 où il est noté :

- un état stationnaire de la maladie de Ledderhose
- un aspect moins inflammatoire des coussinets
- une uricémie entre 64 et 70 mg/l.

Au total :

Associations d'une maladie de Ledderhose latente, peut être postérieure à l'apparition de coussinets dont l'anatomo-pathologie a confirmé leur nature fibreuse entrant ainsi dans le cadre de polyfibromatose, chez un terrain arthrosique et goutteux.

-:-

TABLEAU RECAPITULATIF DES OBSERVATIONS DU SERVICE

	I	II	III	IV	V	VI	VII
Age	63	42	33	61	57	43	50
Hérédité	-	-	Dupuytren familiale	Dupuytren familiale	-	-	-
Sexe	M	M	M	M	M	M	F
Profession	Employé de Banque	Rédacteur	Professeur	Agent de change	Directeur de Société	Employé SNCF	Vendeuse
Date de début	insidieux	1 an	insidieux	1 an	2 ans	4 ans	insidieux
Nombre et taille des nodules	2 nodules 95 cm	1 seul de 1cm	1 seul de 1cm	1 seul de 95cm	1	3 nodules de 95 cm	1 seul
Uni ou bilatéralité	D & gauche	gauche	D.&.G.	D.&.G.	gauche	gauche	gauche
Douleur	-	modérée	-	modérée	très locale 3e & 4 doigt	modérée	modérée
Rétraction des orteils	-	-	-	-	-	-	-
Traumatisme	-	pieds creux	-	-	-	-	-
Epilepsie & autres manifestations neurologiques	lombosciatique	-	-	-	-	-	-
Maladie de Dupuytren	bila-	-	juvénile opérée	droite au stade I	bilatérale	bilatérale	-

	I	II	III	IV	V	VI	VII
Maladie de La Peyronie	-	-	-	-	présente	-	-
Autres rhumatismes	-	-	-	coussinets des phalanges	-	coussinets des phalanges	Epicondylite gauche
Autres associations	Ulcère de l'estomac	-	-	-	-	obésité diabète	-
Evolution	non traitée	bonne	non traitée	bonne	très bonne	non traitée du fait du diabète	très nette

	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
Age	58 ans	38	65	24	45	49	26
Hérédité	-	père atteint	-	-	-	-	-
Sexe	F	M	M	F	M	F	F
Profession	Ouvrière	Gardien	Gardien	Dactylo	Graveur	-	Etudiante
Date du début	10 ans	3 mois	insi-dieux	1 an	insi-dieux	6 mois	insidieux
Nombre & taille des nodules	1 nodule de 1 cm	-	1 seul 95 cm	1 seul 1 cm	1 seul 1 cm	-	1 seul de 1 cm
Uni ou bilatéra-lité	gauche	droit	gauche	droit & G.	droit	droit	droit
Douleur	modérée	talon droit	talon gauche	modérée	-	talon droit	-
Rétraction des orteils	-	induration plantaire	induration plantaire	-	-	induration plantaire	
Traumatisme	-	pieds creux	-	pieds creux	-	entorse cheville droite	fracture jambe droite
Epilepsie & autres manifestations neurologiques	-	-	-	-	-	-	-
Maladie de Dupuytren	bila-térale	-	côté gauche	-	bilaté-rale	-	-
Maladie de La Peyronie	-	-	-	-	-	-	-

	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
tres rhu-tismes	polyar-throse syndrome canal carpien droit	-	-	-	Sacro iliaque douteux	nombreuses calcifica-tions ten-dineuses	algo-neuro-dystro-phie de jambe droite
tres as-ciations	-	obésité	-	neuro-toni-que	psoriasis familia-le	eczéma céphalées	-
olution	rebelle au trai-tement	très bonne	bonne mais récidi-vante	très bonne	non traitée	très bonne	très lente

	XV
Age	45 ans
Hérédité	-
Sexe	F
Profession	-
Date de début	insidieux
Nb. & taille des nodules	absente
Uni ou bilatéralité	côté G
Douleur	indolent
Rétraction des orteils & de la plante	-
Traumatisme	-
Epilepsie et autres manifestations neurologiques	-
Maladie de Dupuytren	-
Maladie de La Peyronie	-
Autres rhumatismes	- Coussinets des phalanges - Goutte
Autres associations	Epithélium basocellulaire de l'oeil

TABLEAU COMPARATIF AVEC D'AUTRES SERIES

	DUPUYTREN 104 cas (in 28)	ALLEN 69 cas	MEYERDING 24 cas	PICKREN 16 cas	Notre Service 15 cas
Age	12-63 ans max.30-50a	enfance 61a max.30-50ans	13-61 max.30-40ans	5-60 ans max.30-40a	24-65 ans max.40-50ans
Hérédité	3,7 %	9,7 %	9,3 %	8,2 %	14,4 %
Sexe	74 % - M 26 % - F	62 % - M 38 % - F	55 % - M 45 % - F	40 % - M 60 % - F	60 % - M 40 % - F
Profession	toutes les professions avec une relative fréquence chez les personnes restant debout				
Début	insidieux 4 consulte pr tumeur	insidieux	insidieux	3 consulte pour tumeur	insidieux
Nombre et taille des nodules	2 de 1 cm-3 cm	1 allant de 5mm à 4cm	2 de 3-4 cm	1 avec un nodule géant 10cm	2 en moyenne 1 à 3 cm
Atteinte uni.ou bilatérale	non précisée	48% Bilat. 52% Unil.	50% Bil. 50% Unil.	27% Bil. 73% Unil.	26% Bil. 74% Unil.
Douleur	non précisée	25% + 75% -	25% + 75% -	33% + 67% -	40% + 60% -
Rétraction des orteils	absente	absente	absente	1 cas exceptionnel	absente
Traumatisme	nombreux	nombreux	30 %	19 %	33 %
Epilepsie	25 %	5 %	-	3 %	-
Sciatique	4 % 1 %	- -	- -	- -	7 % -
Association avec M. de Dupuytren	53 %	66 %	50 %	27 %	57 %
Asso.avec M. de La Peyronie	99 %	4 %	-	-	6 %

	DUPUYTREN 104 cas (in 28)	ALLEN 69 cas	MEYERDING 24 cas	PICKREN 16 cas	Notre Service 15 cas
Autres rhumatismes		- 3 coussinets des phalanges - 4 chéloïdes	-	3 chéloïdes	-3 coussinets des phalanges - 1 goutte - 1 algosystolie
Autres associations	5 cas d'infection	-	-	-	- 2 diabètes - 1 ulcère estomac - 1 psoriasis
Evolution	non précisée	tous les cas opérés 38 rechutes uniques ou multiples	10 non opérés 14 opérés	- 1 erreur avec fibrosarcome amputation - 8 cas ss rechute - 7 cas de rechute	- 4 non traités - 7 succès - 3 moyens - 1 échec

ANATOMO-PATHOLOGIE

-:-

Macroscopiquement

Il s'agit d'une sclérose de l'aponévrose plantaire superficielle prédominant toujours sur la portion interne réalisant une bandelette s'étendant de la région calcanéenne jusqu'aux têtes métatarsiennes. C'est sur cette bride que se trouvent les nodules blanc jaunâtre, unique ou multiple à l'image de grains d'un chapelet, de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une noix pouvant même atteindre 10 cm de diamètre selon PICKREN.

Par ailleurs il existe un certain degré de rétraction de l'aponévrose plantaire réalisant un pied creux varus plus ou moins accentué.

D'autre part, l'envahissement de la peur classiquement décrite est beaucoup moins fréquente macroscopiquement que sous le microscope de l'anatomopathologiste.

Sur le plan histologique (17), l'épaississement de l'aponévrose plantaire est dû au développement d'un tissu constitué par des plages cellulaires évoluant vers une fibrose hyaline se raccordant au tissu aponévrotique préexistant.

Les plages cellulaires ont un développement multicentrique et sont essentiellement formées de fibroblastes nombreux, dont les noyaux et les cytoplasmes, de taille et forme variables (en particulier importance des mitoses) ont un aspect vacuolé ou même nécrotique.

Bien qu'ayant même aspect que l'histologie de la maladie de Dupuytren elle s'en distingue sous certains angles.

Les anatomopathologistes américains (PICKREN et collaborateurs) ayant noté dans certaines coupes un index mitotique élevé précisent "que bien qu'une telle atteinte, quand est retrouvée dans certaines parties du corps, doit être considérée comme fibro-sarcomateuse, les lésions plantaires sont toujours bénignes.

-:-

CLINIQUE

-:-

- Elle peut être totalement inapparente découverte au cours d'un examen systématique.

- Dans les cas patents le malade consulte pour des plantalgies exacerbées par la station debout et la marche, à type de tiraillements, de picotements, de causalgies plus que de douleurs vraies.

A cette période ou bien l'examen est négatif ne retrouvant qu'une douleur à la pression de la plante parfois localisée au talon, ou il peut montrer d'emblée des nodules sous cutanés qui existent depuis des mois ou années et qui progressivement deviennent gênants par leur volume, provoquant à l'appui une sensation de corps étranger.

Plus souvent palpable que visible le nodule caractéristique est une petite masse arrondie de taille variable d'une tête d'épingle à celle d'une grosse bille voire un élément atteignant 10 cm de diamètre (PICKREN).

Fréquemment unique (par opposition aux nombreux nodules palmaires) il est possible d'en trouver 2 ou 3 associés le plus souvent le long de la corde fibreuse du bord interne de l'aponévrose plantaire superficielle. Le bord externe est le plus souvent indemne de toute atteinte (21).

De consistance dure, fibreuse, la palpation en est douloureuse. Dans l'immense majorité des cas la peau glisse librement en regard de la tumeur qui fait corps avec l'aponévrose plantaire superficielle indépendante des fléchisseurs.

L'extension des orteils rarement douloureuse met en tension cette aponévrose, et rend plus manifeste tous ces symtômes.

- Une atteinte bilatérale peut se voir.
- A remarquer que le tableau clinique ne comporte par lui-même ni troubles circulatoires, ni signes neurologiques (réserve faite de certains terrains spéciaux) ni adénopathie satellite.

-:-

EVOLUTION

-:-

L'évolution de la maladie de Ledderhose est très variable selon les cas et il est assez fréquent qu'elle en soit favorable (11).

Du point de vue fonctionnel dans un certain nombre de cas, après une phase initiale de douleurs et de gène plus ou moins accentués, il n'est pas rare d'assister au bout de quelques mois à une diminution progressive de ces signes. La marche devient alors moins pénible, le malade pouvant alors entreprendre de plus grands parcours ou satisfaire à une activité professionnelle normale.

Sur le plan anatomique on peut aussi relever, mais beaucoup plus rarement et au bout de délais plus grands, une diminution de la taille des nodules, un assouplissement de l'aponévrose plantaire, voire même la disparition de toute lésion.

Déjà signalées par LEDDERHOSE et CHARLIER ces guérisons sont surtout le fait de formes chirurgicales. De même les atteintes post-grippales (FRANKE) avaient bénéficié d'une "restitution and integrum" (11).

Sur le plan anatomo-pathologique LEMPEREUR rapportait (22) le cas d'un fibrome juvénile aponévrotique qui à la puberté s'est résolu en minuscules nodules scléro-fibreux calcifiés indolents.

Mais l'évolution n'est pas toujours aussi heureuse soit qu'il n'y ait aucune amélioration fonctionnelle ou anatomique. L'irritation causée par la marche peut entretenir la lésion et la ressuciter.

a) soit qu'un nodule, connu de longue date et cliniquement latent, se mette sans raison à croître et à devenir douloureux.

b) soit que l'affection continue à évoluer jusqu'à production d'un pied creux varus avec ou sans griffe des orteils (signe clinique n'appartenant pas à la maladie de Ledderhose qui consiste essentiellement en l'atteinte de l'aponévrose plantaire superficielle, or au pied les fléchisseurs sont très profonds et on ne connaît pas de sclérose aponévrotique capable de les englober, d'enserrer les gaines tendineuses lointaines et de provoquer à elle seule la griffe des orteils (34).

Par ailleurs, possibilité, dans certains cas d'excision insuffisante, de récidives comme le montre cette statistique portant sur 69 cas (1). A noter que correctement traitée, la récidive demeure rarissime.

Traitement	Résultats
Simple excision	15 rechutes connues sur 28 cas
une nouvelle excision	4 rechutes sur 7
2 à 3 réinterventions	3 rechutes sur 3
radiothérapie ou radium	pas d'effets apparents
avec réapparition, dans un cas, de 7 nodules dans la zone d'excision	

Dans le cadre d'une polyfibromatose, certains sujets prédisposés voient se bilatéraliser leurs lésions voire se compléter par une maladie de Dupuytren (le plus souvent préexistante) d'une maladie de La Peyronie etc ...

PRONOSTIC

Il est presque toujours favorable (26). En effet on peut espérer la guérison spontanée dans des délais assez courts des formes post-grippales ou d'un bon nombre de formes chirurgicales.

Certes un certain nombre de malades conserveront nodules et brides, mais dans la majorité des cas, ces séquelles n'auront qu'un retentissement fonctionnel minime ou nul.

Il faut pourtant compter avec une reprise évolutive (surtout en cas d'absence de traitement de la cause déclenchante, troubles statiques, par exemple surchargeant l'aponévrose plantaire), même après un très long temps de latence.

Quant aux cas dont l'évolution serait moins satisfaisante, nous pouvons leur opposer un traitement chirurgical simple sans séquelles et qui les met à l'abri des récidives.

-:-

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

-:-

De fréquence diversement appréciée 7 cas en 20 ans dans les statistiques du "Presbyterian Hospital" (20) 15 en 7 ans dans notre Service ; la maladie de Ledderhose est une affection de l'adulte jeune, touchant plus fréquemment l'homme que la femme (1). Sur 69 cas, 43 hommes pour 26 femmes, dont le début se situe entre 20 et 30 ans. 35 % avaient moins de 30 ans dans les 69 cas répertoriés (1), mais elle peut se voir à tout âge - 2 cas découverts à la naissance (1) pouvant intéresser une large échelle allant de 5 ans ½ à 60 ans pour SMITH, STEVENSON et STOUT 1951 (28).

Les antécédents retrouvés sont des plus variés :

Les formes chirurgicales représentent une bonne proportion : à la suite d'une fracture de jambe ou de pied on peut voir se rétracter et s'indurer l'aponévrose plantaire dans un délai qui varie de quarante jours à quelques mois.

Tout traumatisme peut être à l'origine d'une telle atteinte. C'est ainsi que dans l'observation de FRANCON (F) et MASSOT (H) (13) la pratique récente de la bicyclette fut génératrice de tels troubles qui disparurent avec l'arrêt de celle-ci. Les troubles statiques surchargeant l'aponévrose plantaire sont aussi à l'origine d'une telle atteinte.

A rapprocher les formes survenues lors de l'ablation d'un plâtre indiqué pour une autre raison, ostéomyélite grave coxalgie, tumeur blanche du genou, etc ...

Les formes médicales : avec la place particulière du rôle de l'Hérédité dans le déterminisme de la maladie de Dupuytren est reconnu par tous les auteurs. Il est bien mis en évidence par les observations de cas familiaux de la maladie

pour les auteurs américains tels LARSEN, TAKAGISHI, PORSCH et LUCK. Cette proportion atteindrait 25 %.

CHANUT (6) dans sa revue de 378 cas de Dupuytren (19) en relève 21 soit 6 % avec un fort indice de gravité.

"L'existence de tels antécédents doit être considérée comme un facteur d'importance pronostic considérable. La prédisposition héréditaire serait nécessaire mais non suffisante pour l'apparition de la maladie."

Le rôle de révélateur reviendrait à des facteurs acquis. Notons avec CHANUT le pronostic plus réservé des formes familiales quant à leur évolution.

Soit une infection grippe (FRANKE) tuberculose inflammatoire (CHARLIER) peut être infection intestinale (F. et J. FRANCON (12),

Soit une maladie neurologique.

a) EPILEPSIE (in 3)

FERE et FRANCILLON (8) ont étudié la fréquence de la maladie de Dupuytren en 1902 avant l'utilisation des barbituriques chez 226 aliénés et estiment cette fréquence à 6,6 %.

Parmi les études plus récentes, celle de SKOOG 1948 (34) portant sur 207 épileptiques, note la rétraction de l'aponévrose palmaire dans 42 % des cas. Alors qu'ARIEFF et BELL (1956) l'observent dans 20 % des cas sur 168 épileptiques, proportion voisine de celle de EARLY 1962 (10).

Ces pourcentages étant beaucoup plus importants que dans les statistiques anciennes, le rôle causal des barbituriques est donc probable. C'est pourquoi J. ARLET et collaborateurs rapportent 14 observations de rhumatisme gardenalique (2) dont la symptomatologie la plus fréquente est celle d'un syndrome épaule-main bilatéral et ils concluent :
"Il nous paraît donc nécessaire de mettre les barbituriques dans la liste des causes possibles de "rhumatisme neurotropique" (ou algo-dystrophie réflexe) comme on doit y mettre l'Isoniazide (BROUET, MARCHE et collaborateurs 1961) (4)".

Par ailleurs, il est fort possible que l'effet du gardénal ne se manifeste qu'en présence d'un ou plusieurs autres facteurs étiologiques comme l'épilepsie, la tuberculose apicale, l'infarctus du myocarde etc...

Mais la pathogénie n'en reste pas moins obscure.

b) SYRINGOMYELIE

Comme le notaient PICKREN et collaborateurs à propos de 4 cas, ou l'observation de ROUILLARD et SCHWOB (32) au sujet d'un malade de 62 ans consultant pour des douleurs plantaires à la marche et chez qui fut découvert une dissociation thermo algésique de type suspendue et des nodules plantaires bilatéraux et maladie de Dupuytren des deux côtés.

c) SCIATIQUE

. LIBERTI (24) rapporte 4 observations où s'associaient Maladie de Ledderhose et lombo-sciatique.

. A noter notre malade n°II qui présentait une atteinte plantaire bilatérale et une lombo-sciatique peut être d'origine vasculaire.

ou une affection rhumatismale

Entrant dans le cadre de terrains prédisposés à une polyfibromatose, l'association la plus fréquemment rencontrée avec l'aponévrosite plantaire est la maladie de Dupuytren comme en témoigne les statistiques suivantes :

M.C.		M.D.
KANAVEL (1920)	2	sur 29 cas
BUNNEI (1944)	3	sur 67 cas
JAMES & TUBIANA(1952)	7	sur 131 cas
FRANCON (F) (1956)	1	sur 10 cas
LUCK J. (1959)	28	sur 200 cas (25)
CHANUT (1964)	2	sur 378 cas (6)
dans notre service	15	157 cas consultant pour cette affection pendant la même période.

Cette fréquence a donc été très diversement estimée ce qui s'explique probablement en partie par une diversité des critères de fibromatose plantaire retenus.

Maladie de La Peyronie ou induration des corps caverneux

- CHANUT 1 sur 378 cas
- J. BONE and joint SURG 3 cas sur 69 malades (1)
- à noter notre observation n°V

Coussinets fibreux des phalanges

- 3 cas sur 69 malades (1)
- CHANUT 4 cas sur 378 malades
- à noter nos observations n°IV, VI, XV.

CICATRICES CHELOIDES

4 sur 69 (1)

associée 3 fois avec une fibrose pulmonaire, ce qui soulève le problème nosologique. Il en est de même pour l'observation d'une maladie de Dupuytren associée à une fibrose rétro-péritonéale.

Dans ce cas on peut proposer la classification suivante (7) :

a) Fibrose périphérique ou superficielle

- aponévrosite plantaire
- aponévrosite palmaire
- induration des corps caverneux
- nodules fibreux des phalanges.

b) Fibrose profonde

- fibrose rétro-péritonéale
- fibrose médiastinale
- sclérose des voies biliaires
- thyroïdite fibreuse de Riedel
- pseudo tumeur de l'orbite

dont les rapports avec les connectivités sont probables, car elles s'accompagnent d'arthralgies, d'une augmentation de la vitesse de sédimentation et histologiquement d'une vascularité inflammatoire.

c) fibrose viscérale

- fibrose oesophagienne
- fibrose pulmonaire parfois observée comme manifestation d'une connectivité, essentiellement la sclérodermie.

A côté des fibroses périphériques proprement dites il y a le cadre des rhumatismes abarticulaires de juxta-articulaires (17)

- les ténosynovites
- les tendinites d'insertions ou insersites dont les diverses localisations sont parfois regroupées sous le nom d'euthésite ou maladie des insertions.
- fibrositis syndrome dans la littérature anglaise.
- les tendinites calcifiantes, également regroupées en un syndrome des calcifications tendineuses multiples.
- des périarthrites, surtout de l'épaule, qui sont le plus souvent des tendinites ou des bursites péri-articulaires mais parfois des capsulites, avec fibrose rétractile
- des kystes synoviaux
- les syndromes algo-dystrophiques ou rhumatismes neurotrophiques dont le plus classique est le syndrome épaule main, pour certains les algies radiculaires.

Les rhumatismes chroniques semblent être un facteur favorisant à l'apparition d'une telle fibromatose (12) et LIBERTI pose le problème de la relation entre ces phénomènes et l'apparition d'une sciatique (24).

Une place particulière pour le diabète (9)

Beaucoup d'auteurs insistent sur la fréquence de la maladie de Dupuytren chez les diabétiques.

- TESCHEMACHER notait le pourcentage de 14,7 %
- MONTENGRO, COLETTI et FABRI l'ont évalué à 21,4 %
- dans notre statistique nous avons relevé 2 diabètes sur 15 malades.

Les auteurs établissent un rapport de cause à effet entre le diabète et la maladie aponévrotique et proposent quelques hypothèses, telle soutenues par SCHNEIDER (33) imputant au mauvais fonctionnement ante-hypophysaire, la responsabilité du diabète et la prolifération anormale du tissu conjonctif. Les altérations vasculaires fréquentes au cours du diabète, les troubles métaboliques contemporains de cette affection, les micro-traumatismes répétés, peuvent pour ces auteurs être également en cause. RICCI et TOVANELLA (31) expliquent cette association fréquente de ces deux maladies par une association génétique "linkage" éventuel entre les " locis" respectivement aptes à déterminer ces deux affections.

Quant à la pathogénie de cette maladie le mystère reste entier. Car si la thèse soutenue par LEDDERHOSE, puis reprise par SKOOG (35), qui voulait que "la formation de nodules ne soit que la conséquence de micro-ruptures des fibres de l'aponévrose plantaire frappées d'altérations dégénératives. Elles représenteraient un processus de réparation anormale de ces micro-ruptures. Une sorte de cal fibro-cytique exubérant" ne tient plus devant les faits d'ostéomyélite de tibia et de coxalgie génératrice d'une telle atteinte.

Celle avancée par BURCH (5) faisant de la maladie de Dupuytren une maladie auto-immune et de l'incorporer dans une perspective uniciste dans le cadre des connectivités en s'appuyant sur l'association réelle mais exceptionnelle avec une fibrose pulmonaire ou rétro-péritonéale.

Le fait par ailleurs que la distribution statistique de la maladie de Dupuytren selon l'âge et le sexe serait comparable à celles des maladies par auto-anticorps. Il y aurait une prédisposition génétique à la perturbation de la tolérance immunitaire avec cependant une sensibilité à des facteurs extrinsèques variés : épilepsie, alcoolisme, tuberculose pulmonaire, stress mentaux et médicaments comme le phénobarbital et l'isoniazide.

Cependant cette théorie pour séduisante qu'elle soit n'est pas sans prêter le flanc aux critiques. En particulier l'étude histologique des lésions de la maladie de Dupuytren ne montre qu'une prolifération fibroblastique sans aucune nécrose, ni vascularité, ni infiltrat inflammatoire. Quant à la clinique la biologie est normale en particulier absence de tout signe inflammatoire et d'auto-anticorps.

C'est pourquoi qu'actuellement les auteurs s'orientent vers une origine neurotrophique, car il est frappant de constater que la classique algo-dystrophie réflexe reconnaît les mêmes facteurs étiologiques que ceux de la polyfibrose.

Maladie chronique : Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, épilepsie, tuberculose apicale.

Chimiothérapie : gardénal, isoniazide, ethionamide ou souvent une cause non décelable où il faut bien faire appel à la notion d'hérédité, d'autant qu'il est des cas familiaux et que les causes invoquées ne provoquent pas constamment de syndrome algo-dystrophique.

Il est d'ailleurs classique d'observer dans les séquelles d'algo-dystrophie sévère de la main, une rétraction de l'aponévrose palmaire identique à celle de la maladie de Dupuytren "secondaire" fait partie des troubles trophiques régionaux intéressant aussi bien la peau (aspect pseudo-sclérodermique) et les articulations des doigts.

Il faut enfin insister sur l'importance de la sommation des facteurs étiologiques, qui ressort de presque toutes les observations. Dans cette optique la polyfibrose est une maladie évolutive d'un syndrome algo-dystrophique généralisé et pseudo-inflammatoire.

Comme l'écrit LEQUESNE (23)

"Tout se passe comme si la disturbance sympathique qui crée l'algo-dystrophie avait 2 traductions : l'une vasomotrice bruyante responsable de l'oedème chaud, de la douleur et de l'ostéoporose (vasodilatation de la première phase) et l'autre purement trophique sclérogène, responsable de l'épaississement fibreux des capsules articulaires, des tendons et de l'aponévrose palmaire ou plantaire.

DIAGNOSTIC

-:-

La symptomatologie fonctionnelle, d'ailleurs la plus souvent absente n'étant en rien remarquable, la présence de nodules fibreux peut être considérée comme pathognomonique. Hors lui il faut hésiter à poser le diagnostic.

On éliminera d'emblée les tumeurs sous cutanées banales : lipomes, fibromes mobiles par rapport à l'aponévrose, trophi goutteux, un durillon, une verrue plantaire, et pour mémoire citons la neuro-fibromatose de Reeklinghausen, le kyste épidermoïde (LELIEVRE).

Le seul diagnostic d'importance est celui de fibrosarcome de la plante. On peut théoriquement le considérer comme difficile, en raison de la grande densité fibroblastique, les variations cellulaires, les aspects mitotiques et les récidives après une exérèse limitée qui seraient des caractères de malignité. Mais l'aponévrosite plantaire est bénigne car malgré de possibles récidives locales il n'a jamais été constaté de métastase confirmant son caractère bénin (1).

Par ailleurs si l'aponévrosite est rare, le fibrosarcome de la plante est exceptionnel. Selon PICKREN il n'en existerait que quelques cas dans toute la littérature.

TRAITEMENT

-:-

Le plus souvent latente, seule une symptomatologie fonctionnelle marquée sera une indication à une action locale qui doit toujours être comprise dans un schéma général comportant :

- repos local et général (CHARLIER) pouvant expliquer la régression spontanée après immobilisation et l'amélioration après l'arrêt du sport générateur (FRANCON et MASSOT)

- des semelles orthopédiques seront parfois indiquées en raison de troubles statiques (pied carus ou pieds plats)

- la vitamine E à forte dose et prolongée, les ionisations iodo-iodurée, la radiothérapie locale (avec ses risques de radio-nécrose) sont d'un apport peu substantiel.

- GRASSI et De PISE ont vanté l'acide nicotinique dans la maladie de Dupuytren mais nous n'en avons pas l'expérience.

- les infiltrations locales de corticoïdes sont actuellement très prescrites mais si les infiltrations rétro-calcanéennes sont facilement, les infiltrations plantaires sont très douloureuses nécessitant auparavant une anesthésie du nerf plantaire postérieur permettant d'infiltrer avec de grosses aiguilles (S. de SEZE et N. De BEYRE) aisément les insertions aponévrotiques et nodules fibreux (20).

Grâce à ce traitement on peut espérer une rétrocession des douleurs d'autant qu'une régression spontanée peut se voir dans des délais assez courts.

Mais en cas de lésion chronique génante et rebelle on proposera une exérèse chirurgicale qui devra mettre ce malade à l'abri d'une récidive éventuelle.

Certains sont pour une aponévrectomie totale systématique (29), d'autres un retrait local en cas de petit nodule. Quoiqu'il en soit il convient dans tous les cas de retirer tous les nodules et le tissu scléreux largement après une voie d'abord longitudinale allant du talon à la tête des métatarsiens. L'extrême rareté de l'adhérence à la peau et dans ce cas son peu d'étendue ne nécessite pas de greffe qui serait délicate à ce niveau.

Une immobilisation plâtrée de quelques jours permettra d'agir sur un éventuel cavus.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

1) La maladie de Ledderhose est relativement fréquente et serait beaucoup plus souvent retrouvée si la recherche était systématique. Elle demeure cependant beaucoup moins fréquente que la maladie de Dupuytren (15 cas contre 157 pendant la même période dans notre service), statistique par défaut du fait que seuls les malades consultant pour cette affection palmaire ont été répertoriés.

2) Son association possible avec la maladie de Dupuytren, de La Peyronie, des coussinets des phalanges pose le problème de la "Diathèse fibroblastique".

3) Au parallélisme anatomo clinique entre l'atteinte palmaire et plantaire s'oppose l'absence de rétractions des orteils du fait de l'atteinte sélective de l'aponévrose plantaire superficielle.

4) De nombreuses théories pathogéniques ont été avancées pour tenter de préciser le mécanisme primaire.
- Réparation post-traumatique par un cal fibrocytique exubérant, théorie neurotrophique, voire maladie auto-immune.

Mais aucun des nombreux facteurs étiologiques notés traumatisme, épilepsie, infection, diabète, rhumatisme etc... dont le rôle est indiscutable ne paraît à lui seul ni suffisant ni nécessaire au développement de la maladie.

L'hérédité qui règle en partie le pronostic ultérieur semble permettre l'effet d'une conjonction d'autres facteurs.

5) La latence clinique et son image histo pathologique doivent éviter les graves confusions avec le fibrosarcome lourdes de conséquences.

6) L'évolution peut en être favorable surtout dans les cas post-traumatiques.

7) En cas de gène importante récidivante ou rebelle aux infiltrations locales il convient de proposer une exérèse chirurgicale.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : de SEZE

Vu :
Le Doyen :
Signé : FOURNIER

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

-:-

1 - ALLEN (R.A.), WOOLNER (L.B.), GHORMLEY (R.K.)
Soft tissus of the sole with special reference to plantar fibromatosis.
I Bone and joint surgery 1955, 37 A n°1, 14-26.

2 - ARLET (J), RASCOL (A), MOLE (J), ROGE (J.M.)
Observations de rhumatismes gardénaliques.
Revue Rhumatologie 1967, 37, 193-1948.

3 - ARTOLA (B) - Sur 4 cas de syndromes polyalgiques pseudo-inflammatoires rapportés à une fibromatose palmo plantaire.
Thèse de médecine, 1 vol., 46 p., R. Foulon Edit. 1970, Paris.

4 - BROUET (G), MARCHE (J) - Rôle de l'Ethionanide dans le déterminisme des accidents neurologiques au cours d'un traitement anti-tuberculeux.
Revue du Praticien, 1964, 14, 289.

5 - BURCH (P.R.J.) - Dupuytren's contracture. An auto immune disease.
J. Bone J.T.surg. Edinburg 1966, 48 - B - 312-319.

6 - CHANUT (J.C.) - La maladie de Dupuytren - Rétraction de l'aponévrose palmaire. Une série de 378 cas observés dans une grande entreprise.
Revue Rhumat., 1964, 31, 24-30.

7 - COMINES (D.), SKUBI (K.B.), Van EYES (J), MOTULSKY (A.G.)
Familial multiforal fibro sclerosis. Frudings suggesting that retro peritoneal fibrosis, mediastinal fibrosis, sclerosing chalangitis, piedel's thyroiditis, and pseudo tumor of the orbit may be different manifestations of a siegle disease.
Ann. Intern. Med. 1967, 68, 884-892.

8 - COSTE (F), LAURENT (F), MANIGAND (G), CHOURAKI (L)
Sur un cas familial de polyfibrose et d'épilepsie.
Revue Rhumat. 1961, 28, 322.

9 - CREMER (G) - L'étiologie de la maladie de Dupuytren.
L'actualité rhumatologique 1967, 1 vol. 321 p.
Paris 1968, Expansion Edit. 125-132.

10 - EARLY (P.F.) - Population studies in Dupuytren's contracture. J. Bone and J.T surg. 1962, 44 B, 602-614.

11 - FRANCON (F) et EXETIER (J) - Qu'est-ce que la maladie de Ledderhose. M.L. épaississement fibreux de l'aponévrose plantaire.
Maroc Médical 1959, 38, 1375-1380.

12 - FRANCON (F) et FRANCON (J) - Deux cas de maladie de Ledderhose.
Presse Médicale Paris 1954, 62, 143-144.

13 - FRANCON (F) et MASSOT (H) - Un nouveau cas de maladie de Ledderhose.
Revue Chirurgicale orthopédique, 1955, 41, 257-259.

14 - FRANCON (F) et MERKGEN (F) - Qu'est-ce que la maladie de Ledderhose ?
Rhumatologie 1954, n°3 , 140-142.

15 - JUSTIN-BESANCON (L) - Rhumatismes articulaires. Esquisse nosologique (IIIe Conférence Internationale des maladies rhumatismales - Aix-les-Bains 1956).
Rhumatologie numéro spécial juillet 1956.

16 - KEAJBEY (L.E.) - Juvenile aponevrotic fibroma (Calcifing fibroma), a distructure tumor araising in the palms and soles of young children.
Cancer 1953, 6, 338-346.

17 - LAGIER (R) et MORONG (E) - Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la maladie de Ledderhose (Epaississement de l'aponévrose plantaire).
Presse Médicale, 1958, 66, 106-110.

18 - LARSEN (R.D.) and PORSEN (J.L.) Dupuytren contracture.
J. Bone and Joint Surgery, 1958, 40-A, 773.

19 - LARSEN (R.D.) and PORSEN (J.L.) and TAKAGISHIN
The pallogenesis of Dupuytren's contracture.
J. of Bone and joint surgery 1960, 42-A, 993.

20 - LEBEURRE (R) - Les talalgies rhumatismales.
Sem. des Hôpitaux Paris, 1963, 39, 227-228.

21 - LELIEVRE (J) - Maladie de Ledderhose (aponévrosite plantaire)
(Enc. Med. Chirur. 6, 15738 B 10).

22 - LEMPEREUR (L.) - Fibrome juvénile aponévrotique.
Podologie, 1963, 2, 123-130.

23 - LEQUESNE (M) - Etiologie et pathologie des algo-dystrophies.
Presse Médicale 1968, 76, 953-954.

24 - LIBERTI (in 26) - Di Una particulare iperplasia della aponevrosi plantari nelle lesioni della nervo sciatico. Il Polichino.
Sezione Medica 1935, 42, 319-324.

25 - LUCK (J.V.) - Dupuytren's Contracture.
Journal of Bone and joint surgery, 1959, 41-A, 635.

26 - MERKLEN (F.G.) - La maladie de Ledderhose.
Thèse de Médecine, 56 p.dactylo. Paris 1954.

27 - MEYERDING (H.W.) and SHELLITO (S.G.) - Dupuytren contracture of the foot.
J. Internat. Coll. Surgery 1948, 11, 595-603.

28 - PEDERSEN (H.F.) et DAY (A.J.) - Dupuytren's disease of the foot.
J.A.M.A. 1954, 154, 33-35.

29 - PICKREN (J.W.), SMITH and REVERSON and STOUT
Fibromatosis of the plantar fascia.
Cancer juillet 1951, 4, 846-856.

30 - PRESLEY (N.L.) and BONTE (P.J.) - The Roentgen appareance of mutilating palmo plantar keratosis.
Amer. J. Roentgenol. 1961, 86, 944-949.

31 - RICCI (N), TOVANELLA (B.) - Mallatia di Dupuytren's e diabete mellito.
Minerva Med. 1963, 86, 3272.

32 - ROUILLAND et SCHWOOB (R.A.) - Rétraction des aponévroses palmaires et plantaires. Coexistence de gros troubles sensitifs de type syringo myélique.
Bulletin et Mémoire de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, mai 1930, tome IV, 712-717.

33 - SCHNEIDER (J.) - Dupuytren Contracture.
Acta Chirurg. Scand. 1948, 139, 1190.

34 - SEZE (S.de), RYCKEWAERT (D) - Maladie de Ledderhose.
Maladie des os et articulations.
Flammarion Edit. 1219-1220.

35 - SKOOG (T.) - Dupuytren's contracture with special reference to ethiology and improved surgical treatment occurence in epilepties. Note a kmickle pads.
Acta Chirurgical Scand. 1948, 139, 1-190.

36 - STOYLE (T.P.) - Dupuytren's contracture in the foot.
J. of Bone and joint surgery 1964, 46-B, 218-219.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-